

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

477

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René GABORY

Né le 9 Octobre 1885, à Seiches (Maine-et-Loire)

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

Lauréat de l'École de Médecine d'Angers

LA

Thérapeutique de la Procidence

DU CORDON

L'Opération césarienne est-elle parfois indiquée?

Président : M. BAR, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne et 12, Rue Monsieur-le-Prince

1910

477

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René GABORY

Né le 9 Octobre 1885, à Seiches (Maine-et-Loire)

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

Lauréat de l'École de Médecine d'Angers

LA

Thérapeutique de la Procidence

DU CORDON

L'Opération césarienne est-elle parfois indiquée?

Président : M. BAR, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne et 12, Rue Monsieur-le-Prince

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.	{	WIDAL
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.	{	DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.	{	QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements.	{	PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRIZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSEIME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Hommage de ma profonde
reconnaissance.*

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*En souvenir de quatre années
de vie commune, et avec le
regret de les voir si vite
écoulées.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

Professeur de Clinique obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

LA

Thérapeutique de la Procidence

DU CORDON

L'Opération césarienne est-elle parfois indiquée?

AVANT-PROPOS

Nous allons terminer nos études médicales. Dans quelques mois, nous aurons quitté l'Ecole de médecine d'Angers, nous aurons quitté également l'Hôtel-Dieu, si plein de souvenirs pour nous.

Avant de dire adieu à la vie d'étudiant, nous tenons — c'est un usage, mais c'est surtout un devoir bien agréable à remplir — à remercier ici, en tête de cette étude, tous ceux qui, depuis bientôt sept ans, se sont occupés de notre instruction, et nous ont poussé par leurs savantes leçons vers le diplôme qui nous ouvre la route de la vie médicale.

Nos remerciements s'adresseront tout d'abord à nos maîtres de l'Ecole d'Angers.

M. le Dr Legludic, directeur de l'Ecole de Médecine, voudra bien recevoir l'hommage de notre reconnaissante et très respectueuse gratitude.

M. le professeur Jagot a guidé, dans son service de clinique médicale, nos premiers pas dans la médecine. Ce fut notre premier maître, que nous avons toujours aimé, et qui nous a appris à aimer nos malades en s'intéressant à leurs maux. Nous le remercions de sa constante bienveillance et l'assurons de notre respectueuse sympathie.

M. le professeur Monprofit, chef de la Clinique chirurgicale, nous a eu dans son service en qualité d'externe d'abord, d'interne ensuite. Par lui, la chirurgie nous a attiré, par lui nous avons appris à déchiffrer un malade. Nous sommes heureux d'avoir eu l'honneur de l'aider dans les interventions qu'il fit pendant notre stage auprès de lui. Nous le remercions très sincèrement, tant pour son enseignement, que pour ce qu'il fit pour nous en d'autres circonstances.

Nos remerciements vont également à M. le Dr Motais, professeur de Clinique ophtalmologique. Les leçons, si claires, qu'il nous fit quand nous étions son interne, nous profiteront, nous en sommes sûr, auprès de nos malades.

Pendant un semestre, nous avons été l'interne de M. le Dr Mâreau à l'hôpital, après avoir été son élève à l'école. M. le Dr Mâreau nous a laissé faire toutes les interventions de chirurgie d'urgence et de chirurgie pratique qui se sont présentées dans son service pendant notre stage. Nous ne saurions ne pas lui dire avec quel sentiment de reconnaissance nous nous rappelons ce stage passé auprès d'un maître aussi bon et éclairé.

Nous aurions vivement désiré être l'interne de M. le Dr Thibault. Les circonstances nous en ont empêché. Nous le regrettons très vivement. Nous aurions voulu suivre

plus assidûment ce grand maître. Nous n'oublions pas ce qu'il fit pour nous et nous l'assurons aujourd'hui de notre profonde reconnaissance.

M. le Dr Papin, notre chef de service actuel aux contagieux, a droit à nos remerciements et à nos excuses. Il fut toujours très bon pour nous, et nous regrettons de n'avoir pu l'aider plus sérieusement dans ses travaux au Laboratoire de Bactériologie de l'Ecole.

Nos remerciements vont enfin à tous les maîtres dont nous avons eu l'honneur et le plaisir d'être l'élève : MM. Allanic, Sarazin, Tabuteau, Thézée, au P. C.-N. Brin, Cocard, Charier, Dénéchau, Gaugain, Launay, Martin Ch., Maugourd, Roguet, Royer, Tesson, Turlais à l'Ecole et à l'hôpital.

Nous avons eu l'honneur d'être l'interne de M. le professeur Boquel à la Maternité de l'Hôtel-Dieu d'Angers durant l'hiver dernier. Grâce à lui, à ses leçons que nous suivons depuis plusieurs années, à ses conseils, nous avons aimé l'art de l'accouchement. Un certain nombre de cas intéressants furent remis entre nos mains sous sa direction, et nous lui devons toutes les interventions que nous avons faites en obstétrique.

C'est lui qui, l'an dernier, mit notre esprit en éveil sur le sujet que nous traitons aujourd'hui, c'est lui qui nous conseilla dernièrement de le reprendre. Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et l'assurons de notre sincère gratitude.

M. le professeur Bar nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui adressons ici l'expression de toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Les indications de l'opération césarienne, considérablement étendues depuis quelques années, sont encore loin d'être précisées dans tous les cas où cette opération a pu ou peut être employée.

En dehors des cas de dystocie proprement dite, elle a été préconisée dans des cas où l'enfant seul était en danger, l'accouchement pouvant, en principe, être considéré comme étant absolument inoffensif pour la mère. Le placenta prævia, la procidence du cordon ont été des indications de cet ordre, invoquées par quelques auteurs.

Pendant notre internat à la maternité d'Angers, la question des indications de l'opération césarienne est naturellement revenue sur le tapis. A propos de deux cas de procidence où il nous a été donné d'intervenir personnellement, sur les indications de notre maître, M. le professeur Boquel, la procidence du cordon considérée comme pouvant être une indication de césarienne a été envisagée, et il nous a paru intéressant de prendre ce sujet de thèse.

Nous y étions invité par ce fait que deux observations de césarienne faites à la maternité d'Angers, chez des femmes atteintes de procidence du cordon, existaient à

notre connaissance, et que ces deux observations, publiées déjà dans la thèse de notre ami le Dr Breau en 1905 n'avaient point été utilisées par la seule thèse qui ait été faite sur ce sujet par le Dr Neveu en 1909. Celui-ci, s'en tenant aux observations connues, celles de MM. Couvelaire, Lepage, Mouchotte et Hellier, est arrivé à cette conclusion que la procidence du cordon peut être, parfois, en elle-même, une indication de césarienne.

Or il nous a semblé, après un examen attentif de ces observations, et en y ajoutant les deux observations dont nous parlions plus haut, qu'on pouvait peut-être arriver à une conclusion différente, que la procidence du cordon paraissait au contraire difficilement être, seule et par elle-même, une indication de cette opération.

C'est le principe que nous avons entendu soulever à la maternité d'Angers et il nous a paru que nous pouvions nous croire autorisé, si faible fût notre contribution à cette étude, à chercher à mettre en relief un point de doctrine des plus intéressants et des plus utiles en pratique obstétricale.

CHAPITRE PREMIER

DANGERS DE LA PROCIDENCE

La procidence du cordon ombilical dans l'accouchement n'est pas une cause de dystocie, tout au moins de dystocie vraie, au sens propre du mot. Le fœtus seul en subit les conséquences : c'est pour lui fréquemment une cause de mort. Cette complication n'entrave en rien l'accouchement : l'enfant seul est menacé, sans que la mère ait à en souffrir en quoi que ce soit durant la marche régulière de l'expulsion fœtale.

En effet, les causes qui produisent la procidence, les causes, en un mot, qui entraînent le défaut d'accommodation pelvienne, qu'il s'agisse, comme nous aurons à le dire, de viciation pelvienne, de présentation anormale ou irrégulière, d'insertion vicieuse du placenta, d'anomalies du contenu ovulaire, etc..., sont tout dans la difficulté de l'accouchement, s'il y a difficulté. Et il apparaît avec la dernière évidence, comme nous le disions, que le faible volume du cordon tel qu'il est constitué ne peut intervenir nullement pour aggraver cette difficulté de l'accouchement.

Lorsqu'il s'agit de discuter le traitement de cette com-

plication, nous devons raisonner en dehors de toute question de dystocie particulière et n'envisager que la vie de l'enfant en elle-même. S'il est parlé de procidence et de traitement à diriger contre elle, il faut de toute nécessité qu'il s'agisse d'enfant vivant : il n'y a pas naturellement à s'occuper de traitement quelconque quand l'enfant est mort.

Ce qui, dans cette complication de l'accouchement menace l'enfant, c'est la compression du cordon serré entre la partie fœtale qui s'engage et le bassin maternel, c'est, en un mot, l'interruption de la circulation fœto-placentaire. Nous savons combien les modifications, même passagères, apportées à cette circulation peuvent entraîner d'inconvénients pour le fœtus.

Les bruits du cœur commencent à se ralentir ; à chaque contraction même du muscle utérin, ils s'interrompent, puis reprennent quelques instants après pour rester faibles et irréguliers jusqu'au moment où les échanges placentaires se faisant trop mal, l'enfant finit par succomber. Si la mort de cette façon peut arriver, et cela s'est vu, du simple fait d'une contraction utérine violente et incessante ; si l'on voit, alors que la poche des eaux est intacte, le cordon, qui accompagne la présentation, être quelquefois comprimé au point que l'enfant succombe, malgré cette protection naturelle du liquide amniotique, point sur lequel nous aurons à revenir, comment une compression brusque et intense n'entraînerait-elle pas rapidement le plus souvent la mort du fœtus dans le cas de procidence ?

N'est-ce pas ce qui se produit déjà, avec des conditions moins fâcheuses, dans la présentation du siège, au moment

du passage de la tête dernière, dans le cas également de circulaires enroulés autour du cou dans la présentation du sommet.

Il n'est donc pas difficile de comprendre combien une compression, prolongée ou violente dès le début du travail, peut entraîner d'accidents, quelle issue presque constamment fatale il faut en attendre.

C'est en effet dans la grande généralité des cas, au début du travail, qu'apparaît la procidence, avant toute engagement et précisément parce que cet engagement ne peut être réalisé. Et c'est en réalité, bien à part qu'il faut ranger les cas où la procidence du cordon accompagne la tête engagée profondément.

Si, au moment même où la partie fœtale se présente au détroit supérieur, le cordon ombilical se trouve comprimé entre deux plans résistants, tête du fœtus par exemple d'une part, et os du bassin maternel d'autre part, les manifestations que nous connaissons vont se produire. Nous les avons déjà signalées : c'est la gêne d'abord, puis l'arrêt de la circulation fœto-placentaire ; c'est alors l'affaiblissement des battements cardiaques décroissant graduellement jusqu'à leur complète cessation ; c'est aussi le moment d'apparition de mouvements respiratoires chez le fœtus, mouvements terribles pour lui, puisqu'il introduira dans son arbre aérien les liquides contenus dans l'utérus : ce sera l'asphyxie.

Mais la compression vient-elle à cesser avant que l'irré-médiable soit accompli, les battements du cœur fœtal renaissent, augmentent vite de force et de rapidité, la

circulation fœto-placentaire se rétablit : bref, les conditions redeviennent normales, l'enfant continue à vivre.

Mais si une nouvelle compression vient à se produire, ou bien si la compression du cordon procident se prolonge à l'excès, la mort ne va pas tarder à venir. Et cela, au bout de combien de temps ? La question serait intéressante à résoudre, mais dans les conditions énoncées, il faut bien s'avouer vaincu : rien ne nous permet de préciser exactement le moment de la mort du fœtus.

Bien plus, si au lieu d'une compression relativement lente et modérée, dont on peut en quelque sorte suivre pas à pas l'installation par l'auscultation, il se produit une compression brusque, complète, irrémédiable d'emblée, l'enfant est en grand danger ; sait-on dans un tel cas, au bout de combien de temps la mort va venir ? Non, pas plus que dans le cas précédent, il n'est possible de le dire.

Il n'est pas douteux évidemment que, plus forte est la compression, plus elle est durable, plus elle est fréquente, plus grand naturellement est le danger encouru par l'enfant. Mais supposons même l'arrêt complet de la circulation fœto-placentaire, il n'est pas un signe certain qui nous indique que l'enfant a succombé réellement. En général, il s'écoule un temps assez long, assez variable aussi, plusieurs minutes, jusqu'à dix parfois même, avant que les pulsations cardiaques cessent tout à fait. Et, alors même que l'oreille ne perçoit plus aucun bruit, il est bien difficile de demander au stéthoscope l'affirmation de l'arrêt définitif. La circulation fœtale peut être tellement affaiblie que l'ouïe la mieux exercée ne puisse l'enregistrer. Tout ici s'explique aisément par les conditions particulières à

chaque cas de procidence. Le cordon n'est pas toujours comprimé au même degré. Le cordon procident, protégé par le liquide amniotique d'une poche d'eaux non rompue, sera évidemment moins comprimé que celui qui, dans un œuf ouvert, sera en contact direct avec les parois du bassin ou du col utérin. D'un autre côté la procidence du cordon, du fait même de la consistance et de la régularité de la présentation sera beaucoup plus grave dans la présentation du sommet et même de la face, que dans celles du siège ou de l'épaule. Les membres procidents pourront également protéger le cordon. Si ce dernier vient à se loger sous le pubis ou dans l'angle sacro-vertébral, la compression sera évidemment beaucoup plus sérieuse que s'il se trouve en quelque sorte réfugié dans le sinus sacro-iliaque toujours assez ample. Enfin s'il n'y a qu'une anse prolabée au niveau du col, au lieu d'un paquet de cordon trouvé dans le vagin, le danger sera peut-être moins grand, quoique, ne l'oublions pas, tout dépende du degré de la compression.

Mais alors, dans une telle situation, comment s'y reconnaître ? Un cordon qui ne bat pas ou qui ne bat plus n'indique pas nécessairement que l'enfant a succombé ; un cordon qui bat n'indique pas non plus que la mort ne soit pas imminente (et nous écartons en ce moment toutes les causes d'erreur qui peuvent faire croire à la présence ou à l'absence des battements de la tige funiculaire et qui sont autant de chances d'interprétation défectueuse, voire même de traitements contraires). D'autre part, les battements du cœur fœtal, sous l'influence de l'intoxication carbonique et de l'asphyxie, provoquées toujours par la

compression d'un cordon procident, sont immédiatement avant la mort plus rapides et peut-être même plus forts qu'à l'instant précédent. D'où, en considération de ces divers phénomènes, l'embarras sans cesse renouvelé des accoucheurs.

Si le traitement mis en œuvre contre la procidence du cordon, s'inspire uniquement des conditions qui entraînent la mort du fœtus, il suit nécessairement les deux indications suivantes :

1° Supprimer la cause de la compression ;

2° Extraire au plus vite l'enfant en menace d'asphyxie.

Et ces deux indications conduisent, d'une part à la réduction du cordon, d'autre part à l'extraction par la version en général, par le forceps dans quelques cas particuliers. On conçoit que ces méthodes qui certainement comptent des succès nombreux, mais également d'aussi nombreux revers soient naturellement limitées dans leurs effets à la fois par la variabilité du pronostic et par l'impossibilité de fixer les éléments d'appréciation.

Ces deux méthodes, réduction du cordon, extraction du fœtus par forceps ou version, se sont sans cesse partagé la faveur des accoucheurs. Ne sont-elles susceptibles d'aucune amélioration ? On peut se le demander en présence du grand nombre d'insuccès qu'elles comportent encore. Ne pourrait-on faire appel à une méthode encore plus rapide et plus sûre, dérivée des opérations que les progrès de la chirurgie ont rendues possibles ? C'est ce qu'il nous faudra déterminer dans notre étude.

CHAPITRE II

ÉVOLUTION DES IDÉES CONCERNANT LE TRAITEMENT DE LA PROCIDENCE

Toutes les méthodes proposées pour le traitement de la procidence du cordon eurent leur heure de fortune. Un coup d'œil porté sur la considération qu'on attachait à chacune d'elles permet de comprendre les progrès réalisés, en même temps que le pourquoi de la méthode maintenant admise.

Trois périodes, on peut le dire, caractérisées par trois noms : Mauriceau, Baudelocque et Michaëlis, se sont succédé nettement dans l'histoire du traitement de la procidence.

Dès l'abord, quoique la réduction du cordon soit le plus ancien des procédés, sinon employés, du moins proposés, la version podalique ne tarde pas à lui opposer une sérieuse concurrence. Il est bien difficile de dire qui l'employa le premier dans le cas de procidence funiculaire, et si les noms de Louise Bourgeois d'abord, de Guillemeau ensuite, au commencement du xvi^e siècle, sont attachés aux débuts de l'affection qu'il s'agit de traiter, il n'en reste pas moins

vrai que ce n'est guère qu'avec Mauriceau, dans le courant du xvi^e siècle, Mauriceau, la si grande et si marquante personnalité dont la gloire s'imposa à tous et dont les préceptes dominèrent dans toutes les grandes questions thérapeutiques de l'époque, que la question de la procidence du cordon ombilical dans l'accouchement et de son traitement prend corps. Et déjà si, dès l'abord, on le voit préconiser la réduction, on constate bien vite que, du fait de l'expérience, il ne tarde pas à faire ressortir qu'elle manquait souvent son but et que la version podalique méritait, dans nombre de cas, la majorité peut-être, de prendre sa place avec avantage. Bien qu'il se trompât sur la cause des accidents qu'il attribuait, ainsi que beaucoup d'autres l'ont encore longtemps fait après lui, au refroidissement, la thérapeutique qu'il mit en œuvre fut la règle suivie même par ceux qui, comme Deventer, ne tardèrent pas à reconnaître qu'il s'agissait de compression et non pas d'autre chose. La version parut préférable à toute autre méthode, elle réunit beaucoup de suffrages et peu à peu, elle tendit à remplacer complètement la réduction. De la Motte considéra cette dernière comme inutile et vaine et, défenseur convaincu et exclusif de la version, il contribua à accréditer la méthode de l'extraction rapide du fœtus, méthode qu'acceptèrent d'ailleurs Smellie et Levret, quitte à lui donner une solution un peu différente dans quelques cas. Le forceps alors s'imposait peu à peu dans la pratique courante : la tête profondément engagée ne ressortissait plus à la version ; le forceps devait prendre sa place. Les indications du forceps, restreintes à certains cas bien déterminés, ne constituaient qu'une manière différente de solutionner

le même problème que seul il importait de résoudre : l'extraction rapide du fœtus. C'est l'époque de l'intervention active. Elle dura tout le xvi^e et le xvii^e siècles.

Une seconde période devait suivre, période de réaction d'autant plus violente que l'activité thérapeutique avait été précédemment plus grande. C'est la période de nihilisme, d'abstention thérapeutique dont le début est marqué par Baudelocque. Cette réaction avait, à vrai dire, un peu sa raison d'être, tout au moins en partie. Devant la tendance excessive aux interventions, manifestée trop souvent par d'enthousiastes praticiens, Baudelocque se demandait, évidemment non pas sans motif, s'il était réellement nécessaire et justifiable d'entreprendre d'aussi grandes interventions pour toute procidence du cordon. Le cordon sans doute n'est pas toujours comprimé, l'enfant n'est pas toujours en danger, et, pensait Baudelocque, une heureuse évolution n'est pas impossible spontanément. D'autre part, les tentatives toujours renouvelées étaient loin d'être toujours suivies de succès, et quelques-unes pouvaient bien ne pas être absolument inoffensives pour l'enfant. Et Baudelocque fit des adeptes : ses successeurs renforcèrent son opinion. Boer rejetait formellement toute manœuvre de réduction, toute tentative d'extraction hâtive tant que le cordon battait. L'intervention était, en un mot, réduite au minimum, pour ne pas dire à néant.

Naturellement des opinions aussi extrêmes ne pouvaient se maintenir aussi exclusives. Cette seconde période devait elle-même faire place à une troisième. C'est la période de l'opinion moyenne, dans laquelle alternativement, réduction et extraction hâtive devaient entrer successivement en

concurrence, l'abstention étant en général rejetée. C'est la période qui nous conduit aux méthodes modernes.

Dès le début de cette ère nouvelle, la réduction du cordon fut encore remise au second plan. La version, c'est-à-dire la terminaison aussi rapide que possible de l'accouchement — le forceps dans le cas particulier de tête profondément engagée, — trouva des défenseurs de plus en plus nombreux. Mais bientôt la scène changea de face, et des considérations de tout premier ordre pour le choix de la méthode à employer furent mises en évidence.

Michaëlis, dans la circonstance, joua un rôle des plus importants. Il préconisa avant tout la réduction, se basant à la fois, et sur de très bons résultats dus à une technique perfectionnée, et sur des considérations qu'il importe de mettre en relief : il estima, non sans raison, que les insuccès étaient dus à la mauvaise méthode employée, au mauvais choix du moment où la réduction était mise en œuvre. Le but à atteindre n'était pas seulement en effet de réduire le cordon ; il importait avant tout de le maintenir réduit d'une façon durable, condition qui ne pouvait être remplie que si l'anse procidente était repoussée au delà de la présentation, au delà du point où l'utérus s'appliquait à cette présentation. Faite dans de telles conditions, la réduction empêchait le retour de la procidence et de la compression. Faite pour un cordon privé de battements, elle pouvait seule donner l'espoir de sauver l'enfant encore vivant, puisque la compression sitôt supprimée, le sang pouvait à nouveau revenir au fœtus et exercer sur lui son action revivifiante. Le procédé d'extraction rapide, par la version ou par l'emploi du forceps, était un expédient auquel il ne

fallait avoir recours que si la réduction échouait, que si également l'accouchement précipité ne menaçait pas les jours de la mère. Et cette dernière considération est bien évidemment le point important qui doit être surtout mis en relief : c'est elle qui ne cessa d'exercer, qui doit même toujours exercer une influence considérable sur le choix d'une méthode dans une affection qui, par elle-même, n'est jamais un danger pour la mère.

Dans toute cette période, les préceptes de Michaëlis dominèrent. Ils furent très peu modifiés et les plus grands accoucheurs de tous pays, les plus érudits, les plus célèbres, virent tous dans la réduction le traitement de choix de la procidence du cordon : la terminaison artificielle de l'accouchement se trouvant réservée à des cas tout particuliers et bien déterminés. En tout cas, ce qui ressort bien de la conduite tenue par les accoucheurs d'alors, c'est qu'en principe la version n'est pas le traitement à mettre en œuvre contre la procidence du cordon : elle n'est pour eux qu'un auxiliaire.

C'est de cette époque que date la mise en pratique de ces porte-cordons en nombre considérable, et aux noms si divers, que bien des auteurs ont sans cesse proposés et vantés tour à tour. Leurs avantages doivent être reconnus, mais il faut se rappeler tout aussitôt qu'ils sont balancés par de nombreux inconvénients et l'on peut bien dire que les succès furent loin d'être la règle. Mais tant que les interventions plus complexes restèrent graves pour la mère, ils avaient et devaient garder le pas sur toute autre méthode, puisque l'intérêt de la mère exigeait le minimum de manœuvres.

C'est seulement dans les temps modernes que la méthode antiseptique vint modifier la question. Elle ne modifia pas en vérité le principe de la méthode : nécessité d'intervention pour sauver l'enfant. L'un des principaux arguments invoqués contre les opérations qui entraînaient le débarras rapide de la matrice devait tomber. Si Michaëlis pouvait, avec beaucoup de raison, mettre l'accoucheur en garde contre la version dans le cas de chute du cordon, en faisant voir que ce procédé exposait la mère à un grand danger, alors que la toute petite, la minime intervention de la réduction entraînait, par sa bénignité même, beaucoup moins de conséquences graves, cette question ne peut plus maintenant se poser, et peu à peu, au fur et à mesure que la méthode antiseptique et surtout la méthode aseptique conquièrent l'obstétrique, on s'aperçut que les divers arguments invoqués n'avaient plus aucun poids. Réduction, forceps, version sont, sans infection, également dépourvus de danger en eux-mêmes. Avec infection au contraire, ils sont également dangereux pour la parturiente, et les statistiques ne tardèrent pas à montrer que, si avant la période antiseptique, la version était, au point de vue de ses résultats, très inférieure aux autres méthodes et notamment à la réduction, la même version, c'est-à-dire l'accouchement rapide, donnait au contraire, après la mise en œuvre des divers procédés de cette période, des résultats bien supérieurs.

Nous en sommes donc, à ce point, toujours sous l'influence des mêmes principes directeurs, considérant respectivement la réduction du cordon et l'accouchement rapide comme deux méthodes non pas opposées, mais concurrentes, éga-

lement non dangereuses pour la mère, quand les conditions autres que la procidence sont favorables. Il n'y a qu'à rechercher les cas dans lesquels il faut faire appel à l'une, et ceux où il faut faire appel à l'autre, mettant en évidence la technique perfectionnée que les observateurs modernes ont été amenés à préconiser.

Devrons-nous, ceci fait, perfectionner encore le traitement en le dotant d'une nouvelle méthode, l'intervention sanglante, l'hystérotomie ? Ce sera à discuter quand nous aurons bien examiné, ce qui est à prévoir en raison des difficultés d'appropriier un traitement au pronostic, les résultats si variables et si défectueux encore que nous obtenons chaque jour. Mais c'est encore, et surtout alors, qu'il faudra ne pas oublier les réflexions de Michaëlis, d'ailleurs aujourd'hui partout admises : s'il faut sauver l'enfant, il faut avant tout ne pas mettre en danger les jours de la mère, qui ne le sont nullement du fait seul de la procidence du cordon ombilical.

CHAPITRE III

LES MÉTHODES ACTUELLES DE TRAITEMENT DE LA PROCIDENCE (POCHE DES EAUX ROMPUE)

Etant données ces considérations envisagées dans leurs grandes lignes, on peut actuellement regarder les différentes méthodes de traitement de la procidence du cordon comme ayant leurs indications avec, naturellement, prédominance de l'une ou de l'autre suivant les divers cas. Comme nous le disions, sous l'heureuse influence de la méthode antiseptique, les interventions telles que la version, le forceps, occupent nécessairement actuellement dans la question une place de tout premier plan. Il n'en est pas moins nécessaire d'envisager en leurs indications particulières les méthodes variées qui eurent, à leur heure, leur moment de fortune, et de rechercher pour chacune d'elles les avantages qu'elle peut comporter dans un cas donné, de faire ressortir aussi quels inconvénients les accompagnent.

La réduction étant le but cherché, et devant mettre en pratique certaines manœuvres auxiliaires, parmi lesquelles la position donnée à la femme pendant le travail, il nous

paraît convenable d'étudier tout d'abord l'influence que peuvent avoir en elles-mêmes les diverses attitudes préconisées.

La crainte dominante qui a entraîné l'usage des différentes positions est le danger de voir la poche des eaux se rompre prématurément. En dehors des manœuvres intempestives, on a pensé d'une part que l'action de la pesanteur devait aggraver les effets de la tension utérine et entraîner peut-être cette rupture prématurée justement redoutée. On a pensé d'autre part que l'éloignement du cordon de l'orifice utérin pouvait être une cause d'amélioration du pronostic. Au premier ordre d'idées correspond le décubitus horizontal permanent ; au second ordre d'idées correspondent l'adjonction à ce décubitus de la position élevée du bassin, simple soulèvement du siège ou mieux position de Trendelenburg, l'emploi également du décubitus latéral ou de la position genu-pectorale.

Réaliser le décubitus horizontal avec soulèvement du siège est chose aisée. Il suffit de placer sous le siège de la femme un épais et dur coussin destiné à renverser l'attitude normale de l'utérus, de supprimer tout oreiller qui puisse relever la tête et le thorax. Ce procédé est parfaitement toléré par la parturiente, parfaitement tolérable aussi. Mais le résultat, s'il existe, n'est que momentané. La mise en position de Trendelenburg est beaucoup plus discutable : si le cordon, pendant les périodes de relâchement de l'utérus, semble ainsi décomprimé et revenir en arrière, on peut constater qu'à chaque nouvelle contraction du

muscle utérin, la procidence renaît ou s'accroît..., et la compression aussi.

Le décubitus latéral devant laisser plus d'espace dans la cavité utérine au cordon descendu et ne pas entraver la circulation foeto-placentaire, ne donna pas de plus sérieux avantages.

La position genu-pectorale, préconisée comme procédé de choix pour la réduction de la procidence du cordon par Bloxham et Thomas de New-York, serait peut-être théoriquement préférable. Elle tombe néanmoins encore sous le coup des critiques que nous venons d'énoncer.

Envisagées dans leur ensemble, ces diverses attitudes, sauf le décubitus horizontal avec siège élevé, ne sont par conséquent guère acceptables. A vrai dire d'ailleurs, elles peuvent théoriquement donner quelques résultats et supprimer la compression funiculaire, temporairement du moins, mais en pratique, bien rares sont les cas de succès. Et l'on peut facilement s'imaginer avec quelles difficultés le médecin parviendra à faire admettre à la femme en couches la nécessité de garder pendant un temps plus ou moins indéterminé l'une ou l'autre de ces différentes positions. Au surplus, étant des procédés aussi infidèles les uns que les autres, ils ne sauraient être pris en grande considération. A remarquer d'ailleurs, et nous reviendrons sur ce point, que, si les considérations précédentes peuvent être appliquées en général à tous les cas de procidence du cordon, il s'agit, là surtout, des cas où la poche des eaux est intacte. Il s'agit bien plus, en somme, d'un traitement préventif de la procidence que d'un traitement vraiment

curatif. C'est d'ailleurs un point sur lequel nous reviendrons dans un chapitre spécial.

La réduction étant le but cherché, abstraction faite des positions imposées à la malade, moyens auxiliaires du procédé, l'idée de remettre directement le cordon dans l'utérus aussi haut que possible s'est présentée tout naturellement à l'esprit. Nous supposerons ici que la poche des eaux est rompue; deux modes d'intervention peuvent être employés : 1° l'emploi de ces porte-cordons dont nous avons signalé l'apparition au cours de l'histoire ; 2° l'emploi de la main.

Les porte-cordons supposent bien entendu la rupture des membranes. Dans leur ensemble, et sans porter grande attention aux multiples modèles qui ont été présentés, les porte-cordons sont des tiges flexibles munies à leur extrémité d'un anneau ou d'un support destiné à soulever le cordon et à le porter au point voulu, c'est-à-dire au-dessus du segment inférieur, loin de tout agent de compression : on sait en effet qu'à l'état normal le cordon ne tend pas à descendre au-dessous de l'anneau de Bandl, le segment inférieur se trouvant appliqué tout contre la tête engagée, il est ordinairement contenu dans la loge que forme le plan antérieur du fœtus fortement fléchi. On a reproché à ces instruments, non sans raison d'ailleurs, d'être des agents dangereux et pour le cordon et pour la mère. Assurément ils réduisent bien tous la procidence du cordon, mais, en général, ils ne l'empêchent pas de se reproduire, et leur introduction dans l'utérus peut blesser le fœtus, léser le placenta et provoquer des

hémorragies graves, perforer la paroi utérine et entraîner des désastres. Quelques-uns d'entre eux sont des portes d'entrée redoutables aux agents de l'infection. Ils apportent de la gêne au travail ; une fois la rétropulsion opérée, il est impossible en effet de retirer l'appareil avant l'accouchement. Ils sont assez compliqués et d'un maniement difficile. Ils n'empêchent pas la récidence de la procidence. Bien plus souvent même, ils ramènent le cordon à la vulve quand on les retire, et entravent la marche de l'accouchement, si on ne les retire pas.

Toutefois, il en est de particulièrement simples et qui peuvent dans quelques cas rendre des services. Tel est le porte-cordon de Dudan, encore cependant trop rigide : modifier cet appareil, remplacer la sonde en gomme par une simple sonde de Nélaton, et, une fois le cordon rétro-pulsé, laisser la sonde en place dans la cavité utérine, ce qui n'a aucun inconvénient puisque la sonde s'aplatit au passage de la partie en présentation, c'est ce que fait avec succès M. Bar à la clinique Tarnier. Mais M. Bar lui-même dit que cette opération de rétropulsion instrumentale n'est pas toujours heureuse : « la procidence se reproduisant avec une facilité désespérante. » Le grand reproche qu'on peut faire à ces instruments en dehors des dangers signalés, c'est donc d'échouer trop fréquemment. Néanmoins dans certains cas où le col est peu dilaté, peut-on les employer.

La main, de son côté, peut être employée pour réduire la procidence du cordon, tout aussi bien, en principe du moins, lorsque la poche des eaux est rompue que lors-

qu'elle ne l'est pas. Il s'agit là plutôt de manœuvres préventives si l'on peut s'exprimer ainsi, manœuvres d'ailleurs sur lesquelles nous reviendrons. Faisons toutefois remarquer que si la réduction ne s'opère pas d'elle-même, par l'attitude donnée à la malade, il est logique d'essayer de réduire le cordon à travers les membranes en le refoulant avec la main dans l'intervalle des contractions.

Dans le cas où la poche des eaux est rompue, que peut faire la main ? Elle peut refouler le cordon jusqu'au fond de l'utérus, et tâcher de l'y maintenir, en suivant le procédé de Croft, en accrochant une anse du cordon à l'un des membres du fœtus. Mais il faut avouer qu'il est bien difficile de lui faire garder longtemps sa position sur une partie fœtale aussi mobile. De plus, lorsque la main se retire, il arrive fréquemment que le cordon prolabe à nouveau, ce qui montre bien l'imperfection de la méthode. Tout au plus, pourrait-on l'améliorer jusqu'à un certain point : la main en se retirant suivra le plan fœtal opposé à celui qu'elle aura suivi pour opérer la réduction, elle se placera sous le sommet de la tête fœtale, et tâchera, tout en la dirigeant en quelque sorte en bonne inclinaison sur le détroit supérieur, de réaliser son engagement en favorisant l'accommodation. Ce n'est évidemment pas une manœuvre facile, et l'on pourra se dire heureux si l'on parvient à faire engager la tête. Mais si le résultat est obtenu, on se trouve rentrer dans le cas d'un accouchement simple sans procidence du cordon : le problème est résolu.

Mais toutes ces manœuvres supposent le col dilaté. S'il ne l'est que peu, on peut employer deux doigts et refouler le cordon au-delà de la partie en présentation, en s'aidant de la

main restée libre et appliquée sur le ventre. C'est faire la version bipolaire de Braxton Hicks. Elle est difficile à réaliser, et de plus entraîne souvent le cordon qu'on veut justement refouler : on voit immédiatement quels inconvénients elle peut avoir.

Reste enfin, pour obtenir la réduction du cordon, l'emploi du ballon de Champetier. Le placer dans un col déjà un peu dilaté, ce sera une façon d'accélérer la marche du travail, ce sera aussi décompresser le cordon. C'est ce que soutient M^{me} Boyer dans sa thèse du 30 mars 1892. Des accoucheurs, et Budin entre autres, s'y opposent formellement : les ballons, disent-ils, se substituent à la tête fœtale et compriment l'anse procidente ; c'est remplacer un mal par un mal.

La question est donc fort complexe et des plus difficiles à résoudre. La réduction échoue souvent, elle est, souvent aussi, impraticable.

En somme, de tous ces procédés, mis en œuvre jusqu'ici pour le traitement de la procidence du cordon ombilical, aucun ne peut se dire réellement efficace ; les uns exposent à la rupture des membranes, les autres l'exigent *a priori*, d'autres sont dangereux pour la mère et l'enfant, pour les deux quelquefois.

Aussi, devant bien souvent rejeter la rétropulsion du cordon, est-on amené à terminer l'accouchement le plus promptement possible : c'est la seconde indication générale envisagée au début de notre chapitre. Deux méthodes s'offrent à nous, le forceps dans quelques cas bien déterminés, la version podalique dans la généralité des cas.

Que donnent ces méthodes, alors que le fœtus va souffrir dans la cavité utérine du fait de la compression de l'anse ombilicale procidente ou en procubitus ? Il nous faudra peser les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

Le forceps, dans des cas bien déterminés, peut être employé avantageusement. Deux conditions sont nécessaires, la dilatation complète, l'engagement de la tête. Cette tête fœtale, du fait même de son engagement dans un bassin normal, remplit complètement la cavité du petit bassin et peut comprimer le cordon ombilical qui l'a devancé ou accompagné dans sa descente. Si le toucher vaginal révèle les battements de l'anse procidente du cordon, l'enfant est vivant, du moins on peut le présumer ; il faut l'extraire le plus rapidement possible : le forceps apparaît comme l'instrument de choix. Mais, quand bien même l'auscultation fréquemment répétée ne fait plus percevoir à l'oreille que des bruits de cœur fœtal anormaux, plus ou moins rapides et irréguliers suivant la période de l'asphyxie, en présence de ces symptômes qui indiquent la souffrance du fœtus, c'est une raison de plus pour l'accoucheur d'intervenir plus rapidement encore. Et *a fortiori* l'intervention se trouve indiquée sans hésitation ni rémission possibles. Si l'œuf est intact, il suffit de l'ouvrir en pratiquant aussitôt la rupture artificielle des membranes.

Il peut arriver que le col soit insuffisamment dilaté ; il faut évidemment parfaire le plus rapidement possible, par l'un quelconque des procédés usuels, la dilatation de l'orifice utérin et faire immédiatement l'application de forceps qui, seule, suppléant à la lenteur du travail et en particulier

de la période d'expulsion, peut permettre à l'enfant de vivre. Cette intervention ne présente par elle-même, pour la mère, aucun inconvénient de plus que n'en présenterait chez elle une application faite pour toute autre cause que procidence du cordon. Aussi comprend-on que, même si le cordon ne bat pas, on se hâte d'intervenir dans l'espoir de ranimer l'enfant, quoique, à vrai dire, si l'enfant est mort, il n'y ait qu'à laisser l'accouchement à lui-même.

Toutefois, cette manœuvre d'extraction rapide au cours de la procidence funiculaire offre pour le fœtus un gros, un très gros inconvénient. Elle peut être, dans le cas qui nous occupe, particulièrement offensive. En plaçant les cuillers, on risque fort de pincer le cordon procident qui bat encore ou dont les battements ont pu être méconnus. Que l'anse prolabée soit au niveau ou au dessous de la présentation, elle est également facile à saisir dans les branches du forceps. Il faudra donc s'assurer avec le plus grand soin, pendant leur introduction et leur articulation, qu'à aucun moment le cordon ne se trouve enserré dans la pince. C'est un précepte d'ordre général: il faut prendre la tête et seulement la tête; et il faut en principe toujours rechercher la procidence dans toute application de forceps; aussi est-ce une raison de faire ressortir en ce moment cette idée; et il ne faut pas oublier, à d'autres égards, que la simple introduction de la main dans l'utérus, au moment de l'application d'une branche de forceps, peut déterminer parfois la procidence du cordon. Elle vient compliquer l'intervention et la faire rentrer dans le cas de la précédente application du forceps. Nous citons à ce propos l'observation que notre ami le D^r Gaugain, chef

de clinique à la maternité d'Angers, a eu l'obligeance de nous communiquer.

OBSERVATION I (Résumée)

(Gaugain)

M^{me} Marie C..., trente-cinq ans, II-pare.

A vingt-sept ans, fausse couche d'un mois. Soignée ensuite pendant trois ans pour métrite.

A trente ans, deuxième fausse couche d'un mois et demi environ.

A trente-trois ans, grossesse, normale au début, interrompue à six mois et demi. Enfant vivant. Vécut quinze jours. Accouchement et suites de couches normaux.

A trente-quatre ans, grossesse actuelle. Dernières règles en avril 1909.

Un faux début de travail en février 1910.

12 mai. — Premières douleurs vers 5 heures du soir. Col ouvert et s'effaçant.

Travail normal sans grandes coliques.

13 mai. — A minuit, rupture accidentelle de la poche des eaux pendant un toucher vaginal. Dilatation complète. A 2 heures du matin, la tête est à la vulve, mais la malade voit ses coliques s'espacer et ne pousse plus. Bien que les bruits de cœur fussent excellents, on décide de tirer l'enfant. La tête est dans l'excavation en occipito-pubienne.

On introduit la main gauche dans les parties génitales, on voit couler du liquide amniotique légèrement souillé de méconium, lequel liquide entraîne avec lui une anse de cordon qui sort par la vulve.

La main est glissée rapidement entre la tête fœtale et cette anse de cordon. La branche du forceps est glissée facilement entre la tête et la main. La branche droite est ensuite introduite et aisément articulée.

Extraction rapide d'un enfant de 3 kgr. 170, qui crie bientôt.

Délivrance totale cinq minutes après. Légère déchirure du périnée. Quelques points de suture.

Les suites de couches furent apyrétiques.

Le forceps est en somme réservé à des cas très particuliers et très définis. A côté de lui, la version est un procédé d'extraction rapide des plus employés en obstétrique. Elle offre de sérieux avantages.

Tout d'abord, sitôt l'intervention commencée, le cordon qui, au moment de la recherche d'un pied, a été refoulé au fond de l'utérus, ne peut plus être comprimé par la partie qui vient s'adapter au détroit supérieur, le siège en la circonstance. Quand bien même ce serait, les inconvénients seraient moindres, vu le moins de consistance de la nouvelle présentation.

Les pieds étant abaissés, lorsqu'on exerce une traction sur les membres inférieurs, on obstrue le passage au cordon, et, si l'enfant n'a pas trop souffert de la compression antérieure de sa tige funiculaire, il a toutes chances de naître vivant : on se trouve en effet en présence d'une version ordinaire, où le cordon n'est pas en jeu.

Mais là n'est pas le seul avantage qu'offre la version dans le cas de procidence ; elle nous permet encore, ce qui est à considérer, d'extraire le fœtus par les voies naturelles, dans des bassins normaux ou légèrement dystociques.

Elle nous permet également une fois l'abaissement d'un pied réalisé, de nous servir de ce membre, devenu volontairement procident, pour exercer sur le col et le segment inférieur une pression continue, qui remplacera celle qu'exerçait, sur ce même col non encore entièrement dilaté, la poche des eaux avant sa rupture spontanée ou artificielle, nécessitée par la compression du cordon; et cette pression nous aidera très utilement à parfaire la dilatation complète de l'orifice.

D'autre part, si les conditions requises pour toute version par manœuvres internes sont réunies, en somme, si le col est dilaté ou dilatable, si la partie fœtale qui se présente n'est pas fixée au détroit supérieur, si l'utérus n'est pas rétracté sur le fœtus, si enfin le bassin est normal ou peu rétréci, la version peut être et est en effet, pour la majorité des accoucheurs actuels, le procédé de choix dans le traitement de la procidence.

Les inconvénients de la version podalique sont d'ailleurs les mêmes ici que partout, et peut-être plus grands. L'enfant qui souffre de la compression plus ou moins prolongée de son cordon, sera certainement moins apte à supporter une intervention, si minime soit-elle, que celui dont la circulation n'aura jamais été entravée. L'extraction de la tête dernière, tant soit peu grosse dans un bassin normal, ou de la tête normale dans un bassin limite, déjà agent de compression par elle-même en cas ordinaire, nécessitant une manœuvre de Mauriceau pénible, sera une nouvelle cause de mort, et sera souvent fatale pour le fœtus, déjà fatigué. Mais il n'y a là qu'une question de rapidité dans laquelle intervient toujours l'état du bassin ;

c'est pourquoi la méthode, à cet égard, reste naturellement imparfaite.

D'ailleurs, ici comme dans tout autre cas, la version a toujours le gros inconvénient d'exposer l'enfant à une respiration prématurée. Le fœtus, dont la circulation est gênée par la compression funiculaire, a déjà des tendances à faire *in utero* des mouvements d'inspiration. L'excitation du thorax, pendant les manœuvres d'extraction, va peut-être également faire naître ces mouvements inspiratoires chez l'enfant, d'où nouveau danger de mort par pénétration de liquide dans les voies aériennes.

Il n'en reste pas moins vrai que, malgré ces imperfections, la version par manœuvres internes apparaît encore, par sa bénignité même, comme l'intervention de choix pour traiter avec succès la procidence du cordon pendant l'accouchement où la partie en présentation n'est pas encore engagée. C'est ainsi que nous avons pu, dans deux cas de procidence du cordon survenus à la maternité de l'Hôtel-Dieu d'Angers, pratiquer avec succès la version podalique et obtenir deux beaux enfants bien vivants.

OBSERVATION II (Personnelle)

M^{me} L. . . , trente-quatre ans; IV-pare. Entrée à la maternité de l'Hôtel-Dieu d'Angers le 4 avril 1910.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

Réglée à douze ans.

On relève dans les antécédents personnels une crise d'appendicite à ving-neuf ans.

Elle a eu trois grossesses : la première à vingt-deux ans. Accouchement normal d'un enfant vivant, mort à vingt-deux mois.

La deuxième à trente ans, accouchement au forceps. Enfant mort-né.

La troisième à trente-deux ans, accouchement par le siège, enfant mort-né.

La quatrième, à trente-quatre ans, est la grossesse actuelle.

A son arrivée à la maternité, on constate une présentation de l'épaule. Des tentatives de version par manœuvres externes, plusieurs fois répétées, finissent par mettre la tête au-dessus du détroit supérieur, et la présentation du sommet se maintiendra jusqu'à l'heure de l'accouchement.

10 mai. — Dans la matinée, la malade ressent de petites coliques qui se rapprochent sans cesse. A 8 heures du matin, on a constaté au toucher un orifice cervical très dilatable.

A 9 heures on donne un bain.

A midi, à la salle de travail, on donne les soins vulvaires.

Un lavement glycéринé donné au préalable a été suivi d'une selle.

A 2 h. 15 un nouveau trouble indique que la dilatation est presque complète. Une poche d'eaux assez volumineuse fait hernie dans le vagin. On perçoit alors dans cette poche une anse de cordon ombilical qui lat normalement. L'utérus est antéfléchi. On évite soigneusement de provoquer la rupture des membranes. On ausculte fréquemment les bruits fœtaux et l'on se tient prêt à intervenir.

A 4 h. 1/2, la dilatation étant complète, les battements se faisant toujours sentir réguliers, le chef de service

présent décide d'intervenir et nous remet la malade entre les mains.

La femme est chloroformée.

On procède avec les doigts à la rupture de la poche d'eaux et on laisse le liquide s'écouler lentement.

On introduit la main dans l'utérus, après avoir chargé sur l'extrémité des doigts l'anse du cordon procident qu'on refoule facilement au-dessus du détroit supérieur. Retirant la main doucement, il semble que la tête ne tente pas à s'engager. Aussitôt alors, on pratique la version. On abaisse un pied : c'est le mauvais. On va à la recherche de l'autre pied qu'on abaisse facilement. Le siège et le tronc sont dégagés rapidement. L'anse au cordon est faite. On procède à l'abaissement successif des deux bras, assez difficile à obtenir parce que légère contracture de l'anneau de Bandl, et l'on extrait la tête par la manœuvre de Mauriceau.

A 4 h. 45, l'enfant naît étonné. Des soins énergiques le raniment en quelques instants.

Vingt minutes après, la délivrance se fait normalement par une légère expression.

Les suites de couches ont été absolument apyrétiques.

Le placenta pesait 670 grammes. Insertion marginale du cordon qui mesure 75 centimètres. Bassin de la mère normal ; diamètres de la tête fœtale normaux.

OM : 13 ; OF : 11 ; SOB : 11 ; SOF : 11 ; Bi.P : 9 ; Bi.T : 7 ; SMB. 41. Circonférence 36.

La mère et l'enfant quittent la maternité le 19 mars, soit huit jours après l'intervention. L'enfant qui à sa naissance pesait 3 kgr.950 pèse à sa sortie 3 kgr. 960.

OBSERVATION III (Personnelle)

Marie-Louise S..., vingt-trois ans, III-pare.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à onze ans.

Trois crises d'appendicite à vingt ans.

Première grossesse à dix-neuf ans. Accouchement normal, enfant du sexe féminin.

Deuxième grossesse à vingt ans. Accouchement normal, enfant du sexe féminin.

Troisième grossesse à vingt-deux ans, c'est la grossesse actuelle. Vomissements durant les trois premiers mois de la gestation.

Entre à la maternité d'Angers le 11 mai 1910 à 1 heure du soir. La malade est en travail. Après un bain, elle est conduite à la salle de travail. A 1 h. 1/2 les soins lui sont donnés ; lavement glycériné suivi d'une selle. Lavage vulvaire et injection vaginale savonneux.

Le toucher vaginal est pratiqué à 2 heures. La dilatation du col est comme 2 francs. On sent la poche des eaux qui fait hernie dans le vagin. Dans cette poche on perçoit des anses de cordon ombilical qui battent normalement. L'auscultation du fœtus est fréquemment renouvelée.

A 3 h. 1/2 un nouveau toucher indique que la dilatation du col est à peu près complète. Il n'y a pas de présentation accessible. Le chef de service présent décide d'intervenir. Il nous confie le soin de pratiquer la version.

La malade est chloroformée.

La main droite introduite dans le vagin provoque la rupture des membranes et empêche les eaux de s'écouler trop rapidement. Prenant le cordon ombilical à l'extrémité des doigts, on le refoule dans la cavité utérine. On attend une contraction susceptible d'amener la tête au détroit supérieur, mais rien ne vient. On décide alors de faire une version.

On fait successivement l'abaissement des deux pieds. On exerce des tractions postérieures et basses. Le cordon descend avec le siège. L'anse se fait donc seule.

L'omoplate antérieure paraît sous le pubis. On abaisse le bras postérieur en soulevant le fœtus ; on abaisse ensuite le bras antérieur en abaissant le fœtus et en lui faisant faire une rotation. A ce moment la tête est dans le diamètre transverse. On accomplit les différents temps de la manœuvre de Mauriceau.

A 3 h. 45 l'enfant naît étonné. Il est ranimé au bout de quelques instants après de vigoureuses frictions.

Trente minutes après l'accouchement, la délivrance se fait par expression et sort par sa face utérine. L'enfant, une fille, pèse 3 kgr. 410. Le placenta pèse 655 grammes. Le cordon à son insertion marginale, sa longueur est 82 centimètres. Les diamètres de la tête sont les suivants :
OM : 13 ; OF : 14 ; SoB : 10 ; SoF : 11 ; BiP : 9 ; BiT : 7 ; SMB : 11.

La circonférence mesure 35 centimètres.

Les suites de couches sont normales. La mère et l'enfant quittent la maternité le 19 mai, soit huit jours après l'entrée.

En présence donc d'une femme enceinte à bassin normal, dont le travail est commencé, et qu'une procidence de cordon ombilical vient compliquer, la poche des eaux étant

supposée rompue et la dilatation suffisante pour permettre l'accouchement par les voies naturelles, l'emploi des procédés suivants est généralement adopté : alors que la réduction, aidée ou non de la position de la malade, se présentait à nous comme peu sûre et applicable seulement à un très petit nombre de cas, l'extraction rapide du fœtus apparaît comme infiniment supérieure. La condition nécessaire et suffisante, c'est que le col soit complètement dilaté, ou que du moins la dilatation soit suffisante, pour permettre la pratique d'une version quand la tête n'est pas engagée, pour extraire le fœtus dans une présentation du siège. L'emploi de la main pour réduire le cordon vit de cette impossibilité d'action. Mais sitôt la version possible, c'est elle qu'il faut faire, c'est la vraie méthode, le forceps semblant réservé aux cas où la tête fœtale est solidement engagée.

Somme toute, quand on envisage l'infidélité des divers procédés de traitement préconisés tour à tour ou simultanément contre la procidence du cordon ombilical, et que l'on constate, à côté de quelques succès indiscutables, les nombreux échecs qui furent l'apanage de chacun d'eux, on peut se demander s'il n'existerait pas une intervention susceptible de donner de meilleurs résultats.

Ne conviendrait-il pas de prévenir les accidents de la procidence funiculaire en empêchant cette procidence elle-même de se produire ? En un mot, ne conviendrait-il pas de traiter les causes de la procidence ?

CHAPITRE IV

LE TRAITEMENT PRÉVENTIF DES ACCIDENTS DE LA PROCIDENCE (POCHE DES EAUX INTACTE). LA CÉSARIENNE PRÉCOCE

Prévenir la procidence du cordon, c'est, en principe, triompher des causes qui la produisent. Un rapide coup d'œil jeté sur les conditions d'apparition de cette complication au cours de la grossesse et de l'accouchement, va nous apprendre ce que, théoriquement, il est possible de faire, et, tout en même temps, ce que la pratique nous enseigne.

En un mot, ce qui domine l'histoire de la procidence, c'est le défaut d'accommodation de la partie en présentation. Envisagées dans leur ensemble, les causes du prolapsus du cordon sont de trois ordres ; ce sont :

1° Les rétrécissements du bassin, qu'elle qu'en soit la nature, quel qu'en soit le mode ;

2° Les présentations régulières ou vicieuses, en particulier les présentations de l'épaule, quelquefois les présentations du siège, très rarement celles du front ;

3° L'insertion vicieuse du placenta, qui fait obstacle à l'entrée du petit bassin, gênant ainsi l'accommodation

foétale, entraînant la présence du cordon non loin de l'orifice du col, et cela, d'autant plus même, qu'il s'agit souvent d'une insertion vélamenteuse.

On pourrait ajouter à cette nomenclature un quatrième ordre de causes : une intervention intempestive ou simplement mal conduite, le forceps ou la version par exemple, peuvent entraîner la chute du cordon au-dessous de la présentation ou à son côté.

Sans doute, la multiparité, avec le défaut de tonicité utérine et l'insuffisance de la paroi abdominale, la distension de l'utérus par une masse énorme de liquide dans les cas d'hydramnios, la présence de deux fœtus se gênant mutuellement, le volume exagéré du fœtus lui-même, tout cela intervient évidemment dans la production de la procidence du cordon, mais c'est en somme presque uniquement par l'intermédiaire des causes que nous énumérons à l'instant. Quant à la longueur marquée du cordon, il ne faut pas oublier le mot de Naegelé : « Le cordon est toujours assez long pour prolaber, et, s'il ne prolabe pas toujours, c'est que les vraies causes de la procidence n'existent pas. »

Si nous revenons alors à nos quatre ordres de causes principales, nous voyons que le traitement direct ne peut guère s'adresser qu'à deux éléments : la présentation vicieuse ou l'intervention mal conduite.

Que pouvons-nous faire ? Appliquer toujours les mêmes principes : réduire la procidence, extraire le fœtus rapidement. La première indication, réduction de la procidence, semble entièrement remplie, dans le cas de présentation vicieuse, par la version par manœuvres externes :

il faut toujours, en effet, réduire une présentation de l'épaule, c'est une loi en obstétrique. Mais, à côté de cela, la version par manœuvres externes dirigée contre la procidence, considérée en elle-même, en dehors de toute présentation vicieuse, de l'épaule par exemple, ne donne pas toujours-complète satisfaction : il ne faut pas oublier que la version externe peut, elle-même, être cause de procidence et, à ce sujet, Perrossier, dans sa thèse, ne cite-t-il pas 5 cas de procidence survenus à la suite d'essais de version par manœuvres externes, 1 chez une primipare, 4 chez des multipares ? En somme, la version est à tenter : elle est infidèle. L'application du forceps lui-même a été, nous l'avons vu, la cause efficiente de la procidence. On peut se demander si la réduction n'est pas possible au cours même de la grossesse ou au début du travail. C'est là une pure question de pratique et de doctrine.

La procidence, cliniquement parlant, c'est la descente du cordon au-devant de la partie en présentation : la tige funiculaire précède la partie qui s'engage ou tend à s'engager, et l'accident peut se produire, ou bien quand la poche des eaux est intacte, ou bien quand elle est rompue.

Il peut arriver que le cordon, au lieu de précéder la présentation, l'accompagne : on dit alors généralement qu'il y a procubitus ; c'est peut-être latérocidence qu'il vaudrait mieux dire. Quoi qu'il en soit, le procubitus, comme la procidence, peut survenir aussi bien quand l'œuf n'est pas ouvert, que lorsque les membranes sont rompues.

Cette distinction, semble-t-il, n'offre que peu d'intérêt au point de vue essentiellement pratique. Mais tout autre

est, au point de vue également pratique, la distinction établie entre poche des eaux intacte et poche des eaux rompue dans les cas de procidence du cordon, distinction qui a été notre guide dans cette étude ; et quelques auteurs ont proposé de différencier les deux états, en disant qu'il y a procubitus, quand les membranes sont intactes, et procidence, quand la poche des eaux est rompue. Peu importe encore : les conditions du traitement nous apparaissent très nettes dans les deux cas.

Lorsque la poche des eaux est intacte, le fœtus est certainement moins comprimé que lorsque l'œuf est ouvert. Le liquide amniotique, entourant en quelque sorte d'un matelas le cordon qui tombe, le protège contre la compression. C'est un fait, malgré qu'il soit nettement établi que bien souvent, l'enfant est menacé même alors, et que l'on connaisse des cas nombreux où la compression du cordon prolabé a entraîné la mort du fœtus avant toute déchirure des membranes.

Le problème de la prévention des accidents se résumerait donc en ceci : réduire la procidence avant la rupture de la poche des eaux, c'est-à-dire reconnaître prématurément la procidence au début ou au cours du travail, et mettre aussitôt en œuvre un traitement pour lutter contre elle. S'aidant des connaissances étiologiques, on recherchera donc avec le plus grand soin le procubitus à la fin de la grossesse, et, autant que possible, avant tout début de travail, car il ne faut toujours pas oublier la gravité de la complication au point de vue de la vie de l'enfant. On s'efforcera de ne pas prendre pour un cordon procident les vaisseaux que l'on sent parfois battre sous le doigt et

qui font partie de la poche des eaux dans les cas d'insertion vélamenteuse. On ne confondra pas avec le cordon un petit membre flottant au-dessous ou à côté de la présentation dans le liquide amniotique, sans oublier d'ailleurs que les deux choses coïncident souvent. On se méfiera encore du pouls vaginal d'Osiander qui a pu prêter quelquefois à confusion, et, lorsque, réunissant tous les symptômes classiques, on aura posé fermement le diagnostic d'un cordon en prolapsus, que fera-t-on ? Deux conduites à tenir, suivant le cas : la réduction directe et la réduction indirecte.

Réduire indirectement un cordon en procubitus n'admet qu'une intervention : c'est la version par manœuvres externes. Mais, nous savons qu'elle n'est pas toujours possible au début du travail, et, d'autre part, nous avons dit qu'il n'y fallait pas trop compter, en raison des mécomptes qu'elle pouvait entraîner.

Aussi la réduction directe fut-elle le procédé préconisé par beaucoup d'auteurs. Mais comment y parvenir ? C'est, ici surtout, dans ces cas de procubitus avant tout travail, que la position donnée à la femme est à considérer.

Nous avons dit que le décubitus dorsal ou latéral, la position inclinée à la Trendeleuburg ou la position genu-pectorale, pourront peut-être quelquefois empêcher la descente du cordon entre la partie fœtale en présentation et le bassin maternel ; nous avons dit aussi de combien d'objections était passible cette méthode. La réduction manuelle peut être faite en principe au travers des membranes non rompues ; théoriquement, elle doit prévenir les accidents et empêcher la transformation du procubitus en procidence.

Mais le procédé est délicat et il comporte un très gros inconvénient : il expose, bien qu'on ne doive le pratiquer qu'entre les contractions utérines, à la rupture des membranes, ce qu'on doit avant tout éviter. L'œuf étant ouvert, il y a en effet toute chance que l'issue plus ou moins brusque du liquide amniotique entraîne avec lui une anse de cordon et transforme ainsi une circonstance, fâcheuse sans doute, mais à peine ébauchée, en une complication essentiellement redoutable.

Les résultats de semblables méthodes apparurent peu satisfaisants. Aussi le traitement préventif, bien que préconisé comme une règle absolue par beaucoup d'auteurs, cède-t-il le pas au traitement curatif, que nous avons déjà envisagé et dont nous avons reconnu les imperfections.

Si l'on pouvait retirer le fœtus de l'utérus dès que la procidence du cordon est reconnue, avant la rupture des membranes même, sans le soumettre à aucun tiraillement, sans l'exposer à comprimer ses vaisseaux ombilicaux, le problème serait résolu : ce serait à la fois le traitement préventif et curatif. Avons-nous en mains un moyen d'action? Evidemment. C'est l'opération césarienne. Nous est-il permis d'en faire usage dans le cas présent? Avant de répondre il nous faut étudier la question. Dans quelles conditions fait-on généralement l'opération?

Actuellement l'hystérotomie est pratiquée toutes les fois qu'un obstacle s'oppose à la sortie du fœtus par les voies naturelles, obstacle dont on ne peut triompher que par une méthode mettant en danger la vie de l'enfant. C'est le cas fréquent de certaines procidences, celles qui

accompagnent les malformations du bassin. C'est peut-être moins le cas des procidences existant seules sans obstacle maternel à l'accouchement. La question peut être envisagée dans divers cas :

La césarienne est entreprise actuellement dans deux conditions.

Elle peut être faite d'une façon *précoce*, avant l'ouverture de l'œuf, alors que le diagnostic de l'obstacle à l'accouchement naturel est posé, et que le pronostic en est nettement établi. C'est un mode de procéder qui entraîne presque fatalement à une fréquence d'opérations peut-être exagérée.

Si on l'appliquait dans ces conditions à la procidence du cordon, au début du travail, alors que la poche des eaux intacte nous met dans les meilleures conditions, on aurait évidemment beaucoup de chances d'extraire un enfant vivant, puisque le problème, tel que nous l'avons posé au début de notre chapitre, serait résolu. Mais il y a là certainement une extension d'indications un peu excessive. Une opération est toujours une opération. Courir un risque quand il y a impossibilité d'avoir un enfant vivant par l'emploi d'une autre intervention, ne peut s'expliquer que lorsque les manœuvres qu'on pourrait préconiser sont peu sûres et ne sont elles-mêmes pas sans exposer la mère à quelque danger. La mise en pratique d'une opération certainement grave, alors que l'enfant a des chances tout de même sérieuses de naître vivant, est, malgré la bénignité réelle constatée, très discutable. Ce serait évidemment le traitement préventif idéal. Il ne semble pas, malgré tout, avoir tenté les opérateurs, et cela se conçoit !

CHAPITRE V

CÉSARIENNE ET PROCIDENCE

L'opération césarienne est quelquefois entreprise dans d'autres conditions, au cours du travail. Beaucoup d'auteurs la rejettent alors, mais nombre d'autres la préconisent dans cette circonstance. Notamment à la maternité d'Angers, on n'intervient pas, en cas de dystocie, parce que l'accouchement est supposé *a priori* ne pouvoir se faire, mais parce qu'il ne se fait pas, parce qu'il ne peut se faire, alors que cette notion est tirée de la marche du travail seule. C'est la césarienne tardive ou d'urgence, suivant les cas. Peut-on, non plus comme traitement préventif, mais uniquement comme traitement curatif, employer la césarienne tardive en cas de procidence, quand celle-ci se manifeste au cours du travail ? La procidence du cordon, nous le savons, n'est pas, par elle-même, un obstacle à l'accouchement. La mort de l'enfant au cours du travail est, sans doute, fort à craindre en raison de la longueur des temps d'engagement, de progression, de descente ou d'expulsion, mais il n'y a pas, à proprement parler, obstacle à l'accouchement.

Peut-on, dans de tels cas, faire la césarienne ? Peut-on,

aux procédés habituels, ajouter ou opposer cette intervention ? A notre connaissance, sept fois l'opération césarienne a été pratiquée alors qu'il y avait procidence de cordon ombilical. Mais il importe de préciser d'abord les conditions dans lesquelles elles ont été faites, afin d'en pouvoir tirer des conclusions.

OBSERVATION IV (Hellier) (1)

Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, secondipare, dont le premier accouchement avait été terminé par craniotomie.

Bassin plat, petit, rachitique.

L'opération fut pratiquée une dizaine d'heures après la rupture des membranes, quelques heures après le début du travail. On avait constaté que le cordon de l'enfant prolabait et qu'il y avait du méconium dans le vagin.

Opération. — La paroi abdominale mince, fut incisée avec soin. L'utérus fut ouvert sur la ligne médiane, incision de 11 centimètres environ. L'enfant fut extrait sans trop de difficulté. A ce moment la compression digitale suffit pour réprimer l'hémorragie. Le placenta, inséré en arrière, fut extrait assez aisément. Mais à ce niveau, l'hémorragie fut assez difficile à maîtriser. On plaça un lien élastique sur le col et l'utérus fut attiré en haut et en avant. On pratiqua la suture de l'ouverture utérine au moyen de dix sutures profondes à la soie, passant tout près de la muqueuse, et de sutures superfi-

1. *British med. Journ.*, nov. 1901, p. 1340.

ficielles intermédiaires. Avant de serrer la dernière, comme l'utérus était flasque, on le lava avec de l'eau chaude à 46 degrés.

Le lien élastique enlevé et l'utérus ayant été comprimé, il ne se produit plus qu'une faible hémorragie. A l'aide d'une suture continue au catgut, les lames péritonéales furent suturées au-dessus de la série des fils de soie, ceux-ci devenant, de ce fait, enfouis. Avant de replacer l'utérus dans le ventre, on arrosa sa surface avec de l'eau boriquée chaude, ce qui accentua notablement la contraction utérine. Fermeture de la paroi abdominale ; l'enfant, un garçon, bien développé, ne put être raminé, quoi qu'on fit. Pour la mère, les suites de couches furent aussi heureuses que possibles.

OBSERVATION V (Mouchotte) (1)

L... L., vingt ans, I-pare.

Dernières règles : 24-28 septembre. Entre à la clinique Baudelocque le 4 juin. Présentation du siège, version externe. Début du travail le 13 juillet à 3 heures du matin. Présentation de l'extrémité céphalique. La tête déborde modérément. P. S. P. 9 cm. 8.

On attend la dilatation complète pour pratiquer une symphyéotomie ; mais à 2 heures de l'après-midi, le col était ouvert comme 1 franc, le cordon fait procidence dans la poche des eaux, au-dessous de la tête haut situé ; puis les bruits du cœur

1. Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 9 novembre 1908.

fœtal atteignent 170. A 3 heures une opération césarienne conservatrice est pratiquée. Extraction d'un enfant vivant, pesant 3.450 grammes.

Particularités. — Placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus, clivé, puis récliné avec le doigt.

Liquide amniotique vert.

Température : une fois 38°6, le deuxième jour avec pouls maximum à 116.

Mère et enfant quittent le service en bon état.

OBSERVATION VI (Couvelaire) (Résumée) (1)

Femme de vingt-huit ans. Rachitique, bassin plat, promontoire peu élevé à 9 cm. 7 du sous-pubis.

Premier accouchement le 28 juin 1907 à huit mois et demi environ. Amenée à la maternité de Saint-Louis après trente-quatre heures de travail. L'enfant était mort; une basiotripsie laborieuse fut pratiquée par M. Potocki.

Deuxième grossesse, dernières règles le 1^{er} septembre 1907.

Entrée à la maternité de Saint-Louis le 3 juin à 6 heures du matin; en travail depuis 2 heures du matin, bord de l'utérus à 36 centimètres au-dessus du pubis, tête au-dessus du détroit supérieur tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche; bruits du cœur normaux.

A 10 heures, dilatation d'une petite paume, poche des eaux volumineuse remplissant le bassin. Rupture artificielle de la

1. Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, t. XI, janvier 1909.

poche en prenant les précautions d'usage. Procidence du cordon, réduction immédiate facile. La tête fœtale se fixe au détroit supérieur, elle déborde notablement, n'a aucune tendance à plonger dans l'excavation ; la suture sagittale reste rétro-pubienne. En dépit des contractions subintrantes, la situation de la tête reste la même, le col partiellement revenu sur lui-même, pend au-devant de la tête.

Dans ces conditions je décide de pratiquer la section césarienne (11 h. 15). A 11 h. 30 début de l'intervention avec l'assistance de mon interne M. Lévy. Durée trente minutes : extériorisation de l'utérus, incision médiane antérieure ; extraction d'un enfant de 3.150 grammes (bipariétal 9) et d'un placenta de 550 grammes ; injection sous-cutanée d'ergotine ; suture au catgut n° 3, points séparés comprenant toute l'épaisseur de la paroi utérine, points séro-musculaires pour parfaire l'affrontement ; drainage sus-pubien, surjet péritonéal et suture musculaire au catgut, suture cutanée au crin de Florence.

L'enfant allaité par sa mère pesait le 24 juillet 4.250 grammes.

Suites opératoires. — Le drain est retiré au bout de quarante-huit heures, les fils le neuvième jour ; le douzième jour légère ascension thermique, température oscillant entre 37 et 38 degrés ; pouls entre 100 et 120 ; léger œdème du membre inférieur droit, phlébite, immobilisation.

19 juillet. — Lever.

25 juillet. — Sortie de la maternité.

OBSERVATION VII (Boquel)

A. T..., vingt-trois ans. Secondipare.

Cette femme entre à la maternité d'Angers le 5 mai 1905. Elle ignore à quelle date elle a marché. Réglée à dix-huit ans

régulièrement. Comme antécédents pathologiques, on note une rougeole à treize ans.

A vingt et un ans, une première grossesse s'est terminée par un accouchement au forceps. L'enfant est mort pendant le travail.

Ses dernières règles datent du 25 au 30 août. Pendant le cours de la grossesse, vomissements, douleurs dans l'abdomen et les membres inférieurs. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

A son arrivée on constate par le palper une présentation transversale qu'on transforme en présentation du sommet par manœuvres internes et qu'on maintient avec la ceinture eutocique.

Au toucher on trouve le promontoire accessible. Le diamètre P.S.P, mesure 9 cm. 1/2 ; la concavité sacrée est normale, la symphyse également.

La femme, qui a commencé à souffrir le 16 mai vers dix heures du soir, est arrivée à la salle de travail le 17 mai à 4 h, 30 du matin. A 5 heures le toucher montre une dilatation de deux francs ; le col est épais, la poche des eaux est en voie de formation. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

A 8 h. 55, rupture spontanée de la poche des eaux ; le liquide amniotique est un peu verdâtre.

A 9 heures, un nouveau toucher permet de constater que la dilatation est complète ; la tête non engagée, est inclinée sur son pariétal antérieur. Dans le vagin on trouve une grande partie du cordon procident.

A 10 heures, on décide de pratiquer l'opération césarienne, parce que :

Le premier enfant est mort pendant le travail.

La tête est mal inclinée.

Le cordon est procident,

Manuel opératoire ordinaire. L'enfant naît un peu étonné.

On place un drain péritonéal.

L'enfant pesait 3 k. 220 et, présentait les diamètres suivants :

OM.	13	SOF	11 1/2	SMB	9 3/4
-----	----	-----	--------	-----	-------

OF.	11 1/2	BiP	9
-----	--------	-----	---

SOB	9 1/2	BiT	7 1/2
-----	-------	-----	-------

Les suites de couches ont été très simples ; la température n'a jamais dépassé 37 degrés.

OBSERVATION VIII (Boquel)

M. B., vingt-six ans. Tripaire.

Cette femme entre à la Maternité d'Angers, le 28 juin 1904, à 2 h. 1/2 du soir, elle est envoyée pour procidence du cordon.

Elle ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents, ne parlant pas le français. On sait seulement qu'elle n'a marché qu'à un an.

Elle a eu deux grossesses antérieures, une première à vingt-deux ans, qui s'est terminée par une basiotripsie, une seconde à vingt-trois ans : l'enfant a été extrait au forceps.

Sur la grossesse actuelle, on ne sait rien. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. L'examen physique de la femme ne révèle rien de particulier ; l'aspect du squelette est normal.

Au palper, on constate que la tête est en bas, le dos à droite.

Les bruits du cœur fœtal très marqués, s'entendent à droite de la ligne médiane. Le toucher montre que le col est en période d'effacement ; les deux orifices, externe et interne, présentent une dilatation d'environ 2 francs. Le promontoire est élevé par rapport à la symphyse ; celle-ci est normalement inclinée et peu convexe ; le bassin est de plus légèrement asymétrique. Le diamètre PSP mesure 9 cm. 1/2.

On trouve une partie procidente, le cordon (en procubitus) qu'on ne peut réduire.

Les douleurs ont commencé la veille.

Vers 6 heures du soir, la dilatation est complète. La poche des eaux n'est pas rompue. Des bruits du cœur sont toujours très marqués, mais plus rapides.

A 10 heures, même état. On rompt la poche des eaux, espérant amener l'engagement de la tête. Le liquide amniotique est normal. On confirme en même temps la procidence du cordon qui bat et ne peut être réduit, et une présentation du sommet mal incliné (suture sagittale sur la symphyse).

La version, seule indiquée, est rejetée en présence de l'état de l'enfant et, les battements du cordon cessant, on se décide à faire une opération césarienne.

Celle-ci faite suivant la technique habituelle, a amené très rapidement l'extraction de l'enfant. Mais malgré tous les moyens employés en pareil cas, celui-ci, né en état de mort apparente, n'a pu être ranimé.

Les suites de couches ont été absolument normales.

La température maxima fut 37°6 le second jour.

OBSERVATION IX (1) (Lepage) .

Le 27 avril 1909, à 3 heures du matin, se présente à la maternité de Boucicaut une femme primipare, âgée de trente-cinq ans, ayant des douleurs et ayant perdu, dit-elle, les eaux le 24 avril.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier; cependant, elle déclare n'avoir marché que tardivement. Elle a été réglée à l'âge de seize ans. Les dernières règles ont eu lieu du 4 au 6 juillet.

A son arrivée, on constate : présentation de l'extrémité céphalique, tête engagée, dos à gauche; hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse, 40 centimètres, le col est en voie d'effacement.

27 avril. — A 8 heures du matin, dilatation de 50 centimes, la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur; la femme continue à souffrir pendant toute la journée.

28 avril. — A 9 heures du matin, la dilatation est de 5 francs. Poche des eaux intacte; il s'agit d'une poche des eaux secondaire, car, la veille, on avait nettement constaté que les membranes étaient rompues. La tête est élevée, mais semble amorcée au détroit supérieur. La tête ne semble pas déborder la symphyse pubienne. La suture sagittale est à 6 centimètres du sous-pubis. Le promontoire est difficilement accessible, à 11 centimètres. A midi, la poche des eaux s'est rompue spontanément. Dilatation d'une petite paume de main.

1. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd.*, juin 1909,

Liquide jaune verdâtre. A 3 heures, M. Pottet constate que la suture sagittale est à 7 centimètres du pubis. Il existe une petite bosse séro-sanguine et du chevauchement des pariétaux.

Température rectale 37°5 ; pouls 84.

La femme est très fatiguée par plusieurs nuits d'insomnie ; elle réclame avec insistance « qu'on lui ouvre le ventre » et déclare désirer un enfant vivant.

A 6 heures du soir, M. Lepage examine à nouveau la femme : les bruits du cœur fœtal sont moins bons. Il décide l'examen sous chloroforme. Il constate que l'angle sacro-vertébral est élevé, difficilement accessible. Il lui semble, ainsi qu'à M^{me} Chineau, qu'une application de forceps pourra entraîner la tête ; une première application en prise régulière est faite, mais la traction n'entraîne pas la tête fœtale, il existe un certain degré de déflexion de la tête.

Désireux de faire une prise plus rapprochée de l'occiput, M. Lepage désarticule l'instrument et fait une seconde prise qui n'entraîne pas davantage la tête du fœtus. Il se produit à ce moment un procubitus du cordon qu'on peut amener à la vulve. En raison de cet incident, M. Lepage renonce à l'idée de pratiquer une symphyséotomie et décide de recourir, à l'opération césarienne.

Avant d'intervenir, on pratique le cathétérisme qui donne issue à de l'urine sanguinolente, ce qui est dû probablement au travail prolongé et peut-être aux deux applications de forceps.

Incision de la paroi abdominale qui est un peu grasse. L'utérus est sorti de la cavité abdominale, il est très congestionné ; le placenta est situé en avant. Il existe une déchirure transversale du péritoine au niveau de la face antérieure du

segment inférieur : elle est probablement due à la constriction manuelle exercée par l'aide sur le pédicule utérin. La suture en est faite avec du catgut fin.

L'hémorragie a été minime au cours de l'opération.

La paroi utérine mesure environ 1 cm. 1/2. Drainage du cul-de-sac antérieur avec un gros drain.

Extraction facile d'un garçon pesant 3 kgr. 500, bipariétal 8,5 ; bitemporal 8. On note un chevauchement assez marqué des pariétaux et un peu d'aplatissement transversal de la tête. L'enfant est tout barbouillé de méconium ; il ne crie que trois minutes après sa naissance.

Extraction du placenta ; gaze introduite dans la cavité utérine. Deux piqûres d'ergotine faites, l'une avant l'intervention, l'autre au cours de l'intervention.

Suture à la soie ; les points profonds ne pénètrent pas dans la muqueuse ; quelques points superficiels. La paroi abdominale est fermée par trois plans de suture, deux surjets au catgut pour le péritoine et le plan musculo-aponévrotique. Suture à la soie pour la peau, sérum artificiel 500 grammes. Une piqûre de morphine dans la soirée.

30 avril. — Sérum de Roux, 80 centimètres cubes. L'état général est bon. Une miction spontanée. La femme se plaint d'un léger point de côté sous le mamelon droit ; rien à l'auscultation. Pas de vomissements. On retire par le drain une cuiller à soupe de sang noirâtre.

Température matin 39°8. Température soir 38°. Pouls matin, 130. Pouls soir 120.

1^{er} mai. — La plaie est en bon état, sauf au niveau du drain ; il existe un peu de suintement. Légère rougeur au niveau des deux points supérieurs.

5 mai. — On enlève quelques fils de la suture. Légère suppuration au niveau du trajet du drain les jours suivants, on fait des pansements au niveau de la partie inférieure de la cicatrice pour faire bourgeonner l'orifice de pénétration du drain.

La température est absolument normale à partir du 1^{er} mai.

La malade quitte le service en bon état le 20 mai, allaitant son enfant qui pèse 4 kilogrammes.

OBSERVATION X (Résumée) (Couvelaire) (1)

Femme de trente-quatre ans, primipare, a marché à trois ans, rachitisme discret, promontoire assez élevé à 11 centimètres du sous-pubis.

Dernières règles : 29 février 1908.

Entre à la maternité de Saint-Louis le 4 décembre. Hauteur de l'utérus : 40 centimètres ; gros enfant, léger excès de liquide, tête au-dessus du détroit supérieur, dos à droite, bruits du cœur normaux.

Début du travail le 6 décembre au matin ; contractions faibles et irrégulières pendant les vingt-quatre heures.

Le 7 au matin, col ouvert, dilatable comme 2 francs, une longue anse de cordon engainé de membranes flasques pend dans le vagin, battements irréguliers. Le doigt revient tapissé de glaires verdâtres.

Tentatives infructueuses de réduction.

Bruits du cœur absolument normaux.

1. Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, t. XI, janvier 1909.

En raison de l'irréductibilité du cordon et de sa compression évidente, je décide de pratiquer une opération césarienne immédiatement. Au moment d'inciser la paroi abdominale, rupture spontanée des membranes, liquide vert.

Opération césarienne avec l'assistance de mon interne, M. Guillaume : durée trente minutes, extériorisation de l'utérus, incision médiane antérieure, extraction d'un enfant de 4.020 gr. (bipariétal 9 cm.) ayant rendu son méconium : désobstruction de ses voies respiratoires, extraction d'un placenta de 670 gr. Injection sous-cutanée d'ergotine, suture de la paroi utérine au catgut n° 3, points séparés, points intermédiaires superficiels pour parfaire l'affrontement, drainage sus-pubien, suture en un plan, à la soie, de la paroi abdominale, crins superficiels.

Suites opératoires. — Simples. Après une ascension à 38°8 le soir du deuxième jour, température et pouls normaux à partir du quatrième jour. Le drain est retiré au bout de quarante-huit heures, les fils sont enlevés le dixième jour.

La mère se lève le vingt et unième jour et quitte la maternité le vingt-sixième, allaitant son enfant en se servant de lait de vache.

De ces sept observations, il en est cinq dans lesquelles la procidence du cordon coïncidait manifestement avec une cause de dystocie réelle : un rétrécissement pelvien plus ou moins marqué.

Une autre opération césarienne fut pratiquée dans un cas de procidence du cordon, parce que les autres moyens mis en œuvre pour obtenir l'extraction du fœtus n'avaient pu réussir, sans qu'on ait pu préciser la cause de l'insuccès.

Une fois seulement, la procidence du cordon semble avoir été, à elle seule, la cause déterminante de l'opération césarienne.

Résumons sous forme de tableau les résultats obtenus :

OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC PROCIDENCE DU CORDON

Auteurs	Dates	Présentation	Bassin	Manœuvres tentées sans succès	Mère	Enfant
Hellier....	1901	Sommet	Rétréci	»	Vivante	Mort
Boquel....	1904	Sommet	Rétréci	»	Vivante	Mort
Boquel....	1905	Sommet	Rétréci	»	Vivante	Vivant
Couvelaire.	1908	Sommet	Presque normal	»	Vivante	Vivant
Couvelaire.	1908	Sommet	Rétréci	»	Vivante	Vivant
Mouchotte.	1908	Sommet	Rétréci	»	Vivante	Vivant
Lepage...	1909	Sommet	Normal	Forceps	Vivante	Vivant

Et reprenons maintenant ces quelques observations.

Considérons d'abord celles où la césarienne a été faite alors qu'il y avait un bassin rétréci.

1^o C'est l'observation de Hellier : La femme avait un bassin plat, petit, rachitique, et son premier accouchement avait été terminé par une craniotomie. Une anse de cordon vint à prolaber pendant le travail : la césarienne fut faite d'urgence.

Evidemment, dans la conduite tenue par Hellier, il ne faut faire entrer en considération la procidence qu'en seconde ligne, car, à moins d'être sûr de la mort de l'enfant *in utero*, il est fort probable qu'en présence des dimensions pelviennes réduites, il eût pratiqué de toute façon l'hystérotomie, même en l'absence de procidence, et sa conduite nous semble essentiellement rationnelle.

2° L'observation de Mouchotte peut rentrer dans la même catégorie. Le diamètre P. S. P. mesurait 9 cent. 8 et, avant toute procidence du funicule, voyant la tête déborder au détroit supérieur, la symphyséotomie avait été décidée. Ce n'est qu'en présence du cordon prolabé que la césarienne fut entreprise. Là encore, l'opérateur se trouvait aux prises avec un bassin légèrement rétréci. La nécessité d'une intervention était admise, indépendamment de toute procidence. La procidence n'a donc fait que déterminer le choix de l'intervention, que l'état de souffrance de l'enfant ayant perdu un peu de méconium, justifiait encore davantage.

3° L'observation de M. Couvelaire relatant l'état d'une femme à bassin plat dont le promontoire est peu élevé nous apprend que là encore la césarienne a été pratiquée. Elle le fut parce qu'un premier accouchement avait été terminé à 8 mois $1/2$ par une basiotripsie, parce que, dans la deuxième grossesse, la tête ne semblait avoir aucune tendance à plonger dans l'excavation, étant mal inclinée, parce qu'enfin le col, d'abord en bonne voie de dilatation était revenu sur lui-même. En somme, quand, à ces conditions est venue s'ajouter la procidence du cordon, l'intervention par voie haute se trouvait déjà indiquée. En effet, elle protégeait la vie de l'enfant et elle remplaçait avantageusement l'extraction par les voies naturelles qui, d'une part, réunissait beaucoup de chances d'être fatale pour le fœtus, et, d'autre part, n'assurait pas la sortie de l'enfant par les moyens ordinaires sans recourir à la basiotripsie.

N'y eût-il pas eu procidence du cordon, les conditions de la mise en œuvre de l'opération césarienne n'en existaient pas moins.

A ces observations déjà publiées dans la thèse de Neveu, nous avons joint celles de la maternité d'Angers ;

4° Dans l'une d'elles la césarienne fut pratiquée chez une femme dont le diamètre P. S. P. mesurait 9 cm. 1/2 et dont le bassin était légèrement asymétrique. Un premier accouchement avait été terminé par une basiotripsie ; un second, par un forceps. Dans une troisième grossesse, et pendant le travail, le sommet, mal incliné, ne s'engageait pas, la suture sagittale restant derrière la symphyse. La version, qu'on allait pratiquer, fut rejetée dès qu'on eût reconnu l'état de souffrance de l'enfant. La césarienne permit d'extraire rapidement un enfant qui ne put d'ailleurs être ranimé. L'état de souffrance de l'enfant, présumé d'après la procidence, s'ajoutant aux considérations qu'entraînait l'état du bassin, poussait à la césarienne. Le mauvais résultat d'une opération, pourtant pratiquée rapidement, dans une maternité amena M. Boquel à se demander si la procidence du cordon, dans ce cas-là, ne constituait pas plutôt une contre-indication de la césarienne. (A noter que, dans les diverses opérations césariennes faites à la maternité, c'est le seul enfant qui ait été extrait mort).

5° La dernière des observations où une césarienne fut pratiquée lors d'une procidence concomitante, appartient aussi à la maternité d'Angers. Un premier accouchement terminé par un forceps avait donné un enfant mort pendant le travail. Le promontoire était accessible, le dia-

mètre P. S. P mesurait 9 cm. $1/2$; la tête non engagée était inclinée sur son pariétal antérieur : l'expulsion ne pouvait se faire spontanément et l'indication de l'opération, en dehors de toute procidence du cordon, se posait nettement, l'enfant étant vivant. La césarienne, là encore, avait toutes ses indications, sans que la procidence entrât en jeu. Elle ne faisait qu'ajouter un élément d'appréciation de plus.

La césarienne faite par M. Lepage chez une femme qui présentait une procidence du cordon, semble avoir été pratiquée dans des conditions différentes, seulement en apparence, des précédentes. Il n'y avait pas de rétrécissement pelvien appréciable, mais il y avait une cause non déterminée. L'intervention par la voie haute a été faite, parce que l'enfant était vivant et que les tentatives d'application de forceps étaient restées infructueuses. Quelle que fût la cause de la déflexion de la tête, il y avait là dystocie, et une dystocie réelle entraîne nécessairement, dans la crainte de ne pouvoir extraire l'enfant par les voies naturelles, la section césarienne. L'opération césarienne était donc indiquée, encore indépendante de toute question de procidence.

Dans l'observation X, de M. Couvelaire, seule la procidence du cordon ombilical semble avoir déterminé l'opération césarienne.

Le col étant ouvert, dilatable comme deux francs, une longue anse de cordon, engainée de membranes, pend dans le vagin ; les battements sont irréguliers, le liquide amniotique verdâtre. L'irréductibilité est absolue.

C'est là la procidence en elle-même, car si le bassin est

noté comme rachitique discret, il ne semble pas de ce fait, qu'une indication quelconque d'intervention put être posée.

M. Couvelaire jugeant l'enfant comprimé par l'attente prolongée nécessaire à la dilatation, considérant toute autre manœuvre comme dangereuse, fit la césarienne.

Quelles sont ses conclusions ? L'opération césarienne, suivant lui, pourra, dans les cas de procidence irréductible, donner ce qu'une pelvitomie serait incapable d'accorder avant la dilatation complète. Il sera donc rationnel, **si les circonstances le permettent** d'y avoir recours.

Que devons-nous conclure de ces observations ?

Nous dirons que la procidence du cordon n'est point sûrement combattue par la césarienne, puisque, sur sept observations faites dans ces conditions, deux n'ont donné que des enfants morts.

Nous dirons que, par conséquent, la procidence du cordon en elle-même pourra bien, rarement et dans les conditions si bien spécifiées par M. Couvelaire, se réclamer de l'opération césarienne, mais le cas sera vraiment exceptionnel. On ne peut donc poser la question en règle.

La procidence du cordon n'est en réalité qu'un facteur venant s'ajouter aux autres, pouvant quelquefois même venir en contradiction avec les autres motifs d'intervention par voie haute. Les observations publiées montrent en effet que, presque toujours, la procidence n'était qu'un élément accessoire dans le choix ou l'indication de l'intervention, et que même, elle a pu être mal interprétée puisque, dans deux cas, sans complications pour la mère, l'enfant a succombé.

Quant à se prononcer sur la question de savoir si, sur la demande de la malade ou de son entourage, désireux d'avoir un enfant vivant, on doit, en cas de procidence seule du cordon, faire l'opération césarienne, nous dirons seulement, avec M. Pinard, que le praticien ne dépend que de sa science et de sa conscience. Si l'opération est indiquée, il la pratiquera, quelle que soit l'opinion de la parturiente ; si elle n'est pas indiquée il s'abstiendra, malgré les désirs plus ou moins formels de la femme ou du mari.

CONCLUSIONS

1° La procidence du cordon ombilical n'est pas, par elle-même, une indication d'opération césarienne ;

2° C'est un élément surajouté, mais qui n'est pas de nature à faire autre chose que pencher la balance dans un sens ou dans l'autre ;

3° Les dangers considérables et rapides qu'elle fait courir au fœtus sont tels qu'on peut se demander, si même, en certains cas, elle ne contre-indique pas l'opération césarienne.

Vu : Le Président de la thèse

PAUL BAR

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARMENGAUD. — Thèse de Paris, 1858.
- BAR (P.). — Journal des Sages-Femmes, p. 161, 1896.
— Pratique de l'art des Accouchements.
- BERTIER. — Gaz. des Hôp., 9 sept. 1909. De la dystocie liée au cordon.
- BOQUEL. — Archives médicales d'Angers, 20 juillet, 5 août 1907.
— Leçons de vulgarisation obstétricale.
— Pratique de la dystocie.
- BOYER (M^{me}). — Thèse de Paris, 1871.
- BRAXTON-HICKS. — Obstétrique générale, III, p. 84, 1873.
- BREAU. — Thèse de Paris, 1905.
- BUDIN. — Journal des Sages-Femmes, p. 177, 1900; p. 193, 1903.
- CAZEAUX ET TARNIER. — Traité des Accouchements. Paris, 1880.
- CHAMPETIER DE RIBES. — De l'accouchement provoqué. Paris, 1880.
- CORDEIRO DA SILVA. — Thèse de Paris, 1863.
- COUVELAIRE. — Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, janvier 1909.
- FAVEREAU. — Thèse de Paris, 1823.
- FERRANDI. — Thèse de Paris, 1872.
- FRÉAL. — Thèse de Paris, 1891.
- GALLOT. — Thèse de Paris, 1905.
- GALLOIS. — Nouvelles Archives d'Obstétrique, 1894, p. 415.
- GIBORY. — Thèse de Paris, 1897.
- CROZ. — Thèse de Lyon, 1902.
- HELLIER. — British. Med. Journ., novembre 1901, p. 1340.
- HUBERT. — Nouveaux refouloirs du cordon ombilical. Louvain, 1876.
- JAMIN. — Thèse de Lyon, 1896.
- LABELLE. — Thèse de Paris, 1904.
- LA CHAPELLE (M^{me}). — Pratique des Accouchements, 1825.
- LASKMÉ. — Thèse de Paris, 1890.

- MAURICEAU.— Traité des Maladies des femmes grosses, t. II, 1721.
- MAYGRIER.— Progrès médical, 11 juin 1887.
- MICHAELIS.— Clinique de Kiel, 1833.
- MOUCHOTTE.— Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 9 nov. 1908
- NEVEU.— Thèse de Paris, 1909.
- NÖGELE.— De prolapsu funiculi umbilicalis, Heidelberg, 1839.
- PELLISSON.— Thèse de Paris, 1890.
- PERROSSIER.— Thèse de Paris, 1900.
- PINARD.— Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 12 octobre 1909.
- POTOCKI.— Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, février-mars 1909.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LERAGE.— Précis d'obstétrique.
- SMELLIE.— Traité de la théorie et pratique de l'Accouchement, t. I. Paris, 1771.
- WINCKEL (Von).— Handbuch der Geburtshülfe.

